

ညဆိုင်း- အတွေ့အကြုံ အကဲဖြတ်မှု

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁။ ညဆိုင်းပါဝင်သောအလုပ်ဆိုင်းကို သင်ဘယ်နှစ်နှစ်လုပ်ကိုင်ခဲ့လဲ?

၅နှစ်အောက် ၅-၉နှစ် ၁၀-၁၄ နှစ် ၁၅-၁၉ နှစ် ၂၀ နှစ်အထက် မသက်ဆိုင်ပါ

၂။ သင့်လက်ရှိအလုပ်အကိုင်မှာ သင့်အလုပ်အစီအစဉ်ကိုကျေးဇူးပြု၍ ညွှန်ပြပါ။

ဂုဏ်ထူး ညဆိုင်း တစ်ရက်ခြား (၂၄ နာရီ ဆိုင်း) ညဆိုင်းသာ အခြား (ပုံမမှန်၊ စသည်ဖြင့်)

၃။ သင့်အလုပ်ဆိုင်းသည် ပုံမှန်အတိုင်း တွက်ချက်ထားသည်လား?

ဟုတ်သည် (≈၃-၁သို့သွားပါ) မဟုတ်ပါ (≈၄သို့သွားပါ)

၃-၁။ သင့်အလုပ်သည် မနက်ဆိုင်း → ညနေဆိုင်း → ညဆိုင်းသို့ အစဉ်လိုက်ပြောင်းသလား?

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

၄။ အိမ်မပြန်ခင်နှင့် အလုပ်ပြီးချိန်အတွင်း သင့်မှာဘယ်နှစ်နာရီရှိလဲ?

၁၁ နာရီထက်ပို ၁၁နာရီ အောက်

၅။ လွန်ခဲ့သော နှစ်အတွင်းပျမ်းမျှညဆိုင်းဆက်တိုက်ဘယ်နှစ်ရက်လုပ်ခဲ့လဲ?

ညဆိုင်းဆက်တိုက်မရှိပါ ၂ရက် ၃ရက် ၄ရက် ၅ရက်နှင့်အထက်

၆။ နေ့ဆိုင်းနှင့်ယှဉ်လျှင် ညဆိုင်းအတွက် အလုပ်ပမာဏနှင့်နားချိန်ဘယ်ဆိုင်းကများလဲ?

၁) အလုပ်ပမာဏ: နေ့ဆိုင်းနှင့်ယှဉ်လျှင် ညဆိုင်း ညဆိုင်း ညဆိုင်း ညဆိုင်း

၂) နားချိန်: နေ့ဆိုင်းနှင့်ယှဉ်လျှင် ညဆိုင်း ညဆိုင်း ညဆိုင်း ညဆိုင်း

၇။ ညဆိုင်းတွင် သင်တစ်ဦးတည်းလုပ်သလား?

ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ

၈။ ညဆိုင်းအတွင်းအောက်ပါတို့ကို ခွင့်ပြုပါသလား?

ညဆိုင်းအတွင်းအိပ်စက်ခြင်း	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
နားနေရေယာ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ထမင်းစားချိန်/မုန့်စားချိန်	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင့်ညဆိုင်းအချိန်ဇယားကိုညှိခြင်း	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

၉။ ပျမ်းမျှတစ်ပတ်လျှင် သင်ဘယ်နှစ်နာရီ အလုပ်လုပ်သလဲ?

၄၀ နာရီအောက် ၄၀ နာရီ ၄၁-၅ နာရီ ၅၂-၅၉ နာရီ ၆၀ နာရီနှင့်အထက်

ညဆိုင်း- အိပ်ရေးပျက်ခြင်း (အိပ်လို့မရခြင်း အညွှန်း)

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁-၃။ လွန်ခဲ့သော ၂ပတ်ကျော်အတွင်း အောက်ပါပြဿနာများ၏ လေးနက်မှုကိုကျေးဇူးပြု၍ ညွှန်ပြပါ။

	မရှိပါ	အနိမ့်	အလယ်	အမြင့်	အလွန်မြင့်
၁။ အိပ်ပျော်ရန် ခက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၂။ အိပ်မောကျရန် ခက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၃။ လွယ်လွယ်နိုးခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

၄။ သင့်လက်ရှိအိပ်ချိန်ပုံစံကို သင်ဘယ်လောက်ကျေနပ်မှုရှိလဲ?

- အလွန်ကျေနပ်သည် ကျေနပ်သည် ပုံမှန် မကျေနပ်ပါ အလွန်မကျေနပ်ပါ

၅။ နေ့စဉ်မှာ သင့်အိပ်ရေးပျက်ခြင်းက သင့်အလုပ်ကိုဘယ်လောက် အနှောင့်အယှက်ဖြစ်သည်ဟု သင်ထင်မြင်လဲ? (နေ့အချိန်တွင်း မောပန်းခြင်း; အိမ်သို့မဟုတ် ရုံးမှာ အလုပ်လုပ်ချိန်တွင်း စွမ်းဆောင်နိုင်မှု၊ အာရုံစိုက်မှု၊ မှတ်ဉာဏ်စိတ်အနေအထား)

- လုံးဝမဖြစ်ပါ နည်းနည်းဖြစ်သည် တချို့တဖက်ဖြစ်သည် တော်တော်ဖြစ်သည် အလွန်ဖြစ်သည်

၆။ သင့်အိပ်မရသောပြဿနာများကြောင့်သင့်ဘဝအရည်အသွေးကျဆင်းသည်ဟုလူများပြောကျလား?

- လုံးဝမဖြစ်ပါ နည်းနည်းဖြစ်သည် တချို့တဖက်ဖြစ်သည် တော်တော်ဖြစ်သည် အလွန်ဖြစ်သည်

၇။ သင့်လက်ရှိ အိပ်မရသောပြဿနာများကိုသင်ဘယ်လောက်စိုးရိမ်မှုဖြစ်လဲ?

- လုံးဝမဖြစ်ပါ နည်းနည်းဖြစ်သည် တချို့တဖက်ဖြစ်သည် တော်တော်ဖြစ်သည် အလွန်ဖြစ်သည်

ညဆိုင်း- အိပ်ရေးပျက်ခြင်း (နေ့အချိန် အိပ်စက်ခြင်း)

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

	လုံးဝမအိပ်ငိုက် ပါ	နည်းနည်းအိပ်ငိုက်သည်	အိပ်ငိုက်သည်	အလွန်အိပ်ငိုက် သည်
၁။ ထိုင်ပြီးစာဖတ်ချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၂။ တီဗီကြည့်ချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၃။ ရုပ်ရှင်ရုံ သို့မဟုတ် အစည်းအဝေးကဲ့သို့ လူစုလူဝေးနေရာများတွင်ညိမ်ညိမ် ထိုင်နေချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၄။ တစ်နာရီလောက် တက္ကစီ သို့မဟုတ် ဘစ်ကားစီးချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၅။ နေ့ခင်းတွင်သက်တောင့် သက်သာ လှဲလှောင်းချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၆။ ထိုင်ပြီးတစ်ဦးဦးကို စကားပြောချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၇။ နေ့လည်စာစားပြီးနောက်ညိမ်သက်စွာ လှဲလှောင်းချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၈။ ယာဉ်ကြောကြောင့်မိနစ် အနည်းငယ်ကား မောင်းပြီးရပ်နားချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

ညဆိုင်း- အိပ်ရေးပျက်ခြင်း (အိပ်စက်ခြင်းအရည်အသွေး)

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁-၄။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း ညဆိုင်းအတွင်းအိပ်စက်ခြင်း အကြောင်းမေးခွန်းများကိုကျေးဇူးပြု၍ ဖြေဆိုပါ။

- ၁။ ဘယ်အချိန်အိပ်ရာဝင်လဲ? () နာရီ () မိနစ်
- ၂။ အိပ်ပျော်သွားရန် ဘယ်လောက်ကြာသလဲ? () နာရီ () မိနစ်
- ၃။ ဘယ်အချိန်အိပ်ရာမှနိုးလဲ? () နာရီ () မိနစ်
- ၄။ အမှန်တကယ်အိပ်ချိန်ဘယ်နှစ်နာရီရလဲ? () နာရီ () မိနစ်

၅။ အောက်ပါအကြောင်းပြချက်များကြောင့် သင်အိပ်ပျော်သွားရန် ခက်ခဲခြင်းဘယ်နှစ်ကြိမ်ရှိလဲ?

	မရှိပါ	တပတ်၁ခါအောက်	တပတ် ၁-၂ ခါ	တပတ် ၃ခါနှင့်အထက်
မိနစ်၃၀အတွင်း မအိပ်ပျော်နိုင်ပါ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ညအချိန်တွင်းနိုးထခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အိမ်သာသွားရန်နိုးထခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
လှဲလောင်းချိန်တွင်းအသက်ရှူရန် ခက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ချောင်းကျယ်ကျယ်ဆိုးခြင်းသို့မဟုတ် ဟောက်ခြင်းကြောင့်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အလွန်အေးသည်လို့ ခံစားရသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အလွန်ပူသည်လို့ ခံစားရသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အိပ်မက်ဆိုးသို့မဟုတ်နှစ်လိုဖွယ် မကောင်းသော အိပ်မက်ကြောင့်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
နာကျင်မှုကြောင့်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အခြားအကြောင်းပြချက်များ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

၆။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း သင့်အိပ်စက်ခြင်း၏အရည်အသွေးကို ဘယ်လိုသတ်မှတ်လဲ?

- အလွန်ကောင်းသည် ပျမ်းမျှကောင်းသည် ပျမ်းမျှသုံသည် အလွန်ညံ့သည်

၇။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း အိပ်ပျော်သွားရန် ဆေး(အိပ်ဆေး)ဘယ်နှစ်ကြိမ်သောက်လဲ?

- မရှိပါ တပတ်၁ခါအောက် တပတ် ၁-၂ ခါ တပတ် ၃ခါနှင့်အထက်

၈။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း လူမှုရေးလှုပ်ရှားမှုများမှပါဝင်ချိန်သို့မဟုတ် ကားမောင်းစဉ်၊ စားသောက်ချိန်စဉ်တွင် နိုးကြားနေရန် ဘယ်လောက်ရှုန်းကန်ရလဲ?

- မရှိပါ တပတ်၁ခါအောက် တပတ် ၁-၂ ခါ တပတ် ၃ခါနှင့်အထက်

၉။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်းသင့်အလုပ်ပြီးရန် ဘယ်လောက်ခက်လဲ?

- လုံးဝမခက်ပါ မခက်ပါ နည်းနည်းခက်သည် အလွန်ခက်သည်

ညဆိုင်း- လေထိုးလေအောင့်ရောဂါများ

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း၊ အစားအစာအဝစားပြီးနောက်ဘယ်နှစ်ခါလောက် သက်တောင့်သက်သာမရှိလဲ?

- လုံးဝမရှိပါ တစ်လမှာ တစ်ရက်အောက် တစ်လမှာတစ်ရက် တစ်လမှာ ၂-၃ရက်
- တပတ်တစ်ခါ တစ်ရက် ၂ခါနှင့်အထက် နေ့တိုင်းလိုလို

၂။ အစားအစာအဝစားပြီးနောက် သက်တောင့်သက်သာမရှိခြင်းသည်လွန်ခဲ့သောလကဖြစ်ခဲ့တာလား?

- မဟုတ်ပါ ဟုတ်သည်

၃။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း အစားအစာကိုမစားနိုင်တာဘယ်နှစ်ခါလောက်ဖြစ်လဲ?

- လုံးဝမရှိပါ တစ်လမှာ တစ်ရက်အောက် တစ်လမှာတစ်ရက် တစ်လမှာ ၂-၃ရက်
- တပတ်တစ်ခါ တစ်ရက် ၂ခါနှင့်အထက် နေ့တိုင်းလိုလို

၄။ အစားအစာကိုမစားနိုင်သော လက္ခဏာ လွန်ခဲ့သောလကစဖြစ်ခဲ့တာလား?

- မဟုတ်ပါ ဟုတ်သည်

၅။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း အစာအိမ် အလယ်မှာနာခြင်း သို့မဟုတ် လောင်ကျွမ်းနေသလို ခံစားရခြင်း (သင့်ရင်ဘတ်မဟုတ်ပါသို့သော် သင့်ချက်အထက်) ဘယ်နှစ်ခါလောက်ဖြစ်လဲ?

- လုံးဝမရှိပါ တစ်လမှာ တစ်ရက်အောက် တစ်လမှာတစ်ရက် တစ်လမှာ ၂-၃ရက်
- တပတ်တစ်ခါ တစ်ရက် ၂ခါနှင့်အထက် နေ့တိုင်းလိုလို

၆။ အစာအိမ် အလယ်မှာနာခြင်း သို့မဟုတ် လောင်ကျွမ်းနေသလို ခံစားရခြင်း လွန်ခဲ့သောလက စဖြစ်ခဲ့တာလား?

- မဟုတ်ပါ ဟုတ်သည်

ညဆိုင်း- ရင်သားကင်ဆာ

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

Empty rectangular box for past illness details.

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁။ လွန်ခဲ့သောနှစ်အတွင်းရင်သားကင်ဆာအတွက် သင်ကိုယ်တိုင်ရောဂါစစ်ဆေးခြင်း ဘယ်နှစ်လုပ်သလဲ?

- ဘယ်တော့မှ မလုပ်ပါ
- ၆လတစ်ခါအောက်
- ၃-၆လတိုင်း တစ်ခါ
- ၁-၂လတိုင်း တစ်ခါ
- တစ်လ ၂ခါနှင့်အထက်

၂။ သင့်လက်ရှိလက္ခဏာများအားလုံးကို ညွှန်ပြပါ။

- ကျွန်မရင်သားမှာ အလုံးစမ်းမိခြင်း
- သားမြတ်ခေါင်းမှအရည်စီးကျခြင်း
- ကျွန်မ၏ သားမြတ်ခေါင်းအက်ကွဲခြင်းသို့မဟုတ်ရုံတွဲခြင်း
- လက္ခဏာမရှိပါ

၃။ လွန်ခဲ့သောနှစ်အတွင်း ရင်သား X-ရေး သို့မဟုတ် ဓါတ်မှန်ရိုက်ကြည့်ဘူးလား?

- မဟုတ်ပါ
- ဟုတ်သည်